

10. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen HV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with tipe 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2003;348: 534–42.
11. Cano-Pérez JF, Franch J, Mata M, miembros de los grupos GEDAPS de España. *Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria.* 4ª ed Madrid: Editorial Elsevier España S.A; 2004.
12. Hart WM, Espinosa C, Rovira J. El coste de la diabetes mellitus conocida en España. *Med Clí (Barc).* 1997;109:289–93.
13. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitus. *Aten Primaria.* 2002;29:145–50.
14. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. *Gac Sanit.* 2002;16:511–20.

COMENTARIO EDITORIAL

Diabetes: gasto, proceso y resultado en España. Calidad con amputaciones

Diabetes: cost, process and results in Spain. Quality with amputations

Juan Gérvas

Médico general, Equipo CESCA, Madrid, España

Recibido el 20 de agosto de 2009; aceptado el 25 de enero de 2010
 Disponible en Internet el 4 de febrero de 2011

La diabetes es una enfermedad frecuente, a la que se dedica un gran esfuerzo diagnóstico y terapéutico en Atención Primaria y hospitalaria. Por ello, los pacientes diabéticos consumen recursos ingentes, desde tiempo de profesionales a medicamentos, desde tiras reactivas a valoraciones de retina, desde consultas en urgencias por coma a consultas rutinarias. En el trabajo de Ferriz Villanueva et al¹, se hace una excelente aproximación al gasto en medicamentos anti-diabéticos (fármacos hipoglucemiantes), básicamente en pacientes con diabetes tipo 2. Como señalan los autores, se emplea una muestra de ancianos, con su enfermedad avanzada. Podemos estimar a partir de los 282 euros empleados en anti-diabéticos al año que el gasto total en la atención a cada uno de estos pacientes por su diabetes ronda los 2.500 euros, casi el doble que en el estudio CODE-2². Son pacientes diabéticos, bien controlados, al menos si se tienen en cuenta los resultados de la hemoglobina glucosilada (un indicador del proceso), pero no tanto si se valora la presencia de indicadores del resultado en salud, como retinopatía diabética, daño renal y arteriopatía diabética.

La retinopatía diabética puede utilizarse como indicador de mal resultado en salud, ya que se asocia a ceguera

y, sobre todo, a amputación de extremidades inferiores en pacientes con úlcera por pie diabético³. A su vez, el indicador "amputación de extremidad inferior" es importante por las consecuencias en la vida del paciente y por su valor como "trazador" de la calidad global de la atención a los pacientes diabéticos. De hecho, entre los países desarrollados pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) los resultados españoles demuestran que queda mucho por hacer⁴. La media de amputaciones de extremidad inferior en pacientes diabéticos en los países de la OCDE es de 14,5 por 100.000. En España, es de 26,5. En los EE. UU., de 35,7. En Austria, de 6,6. En el Reino Unido, de 9. Estos resultados cuadran mal con la sobreabundancia de indicadores, incentivos, guías, protocolos y recomendaciones para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes diabéticos. Quizá hagamos mucho y bien, pero no lo que deberíamos hacer. Algo no va bien en España, algo deberíamos cambiar. No basta con la complacencia de los "buenos indicadores", como la hemoglobina glucosilada. El servicio "atención a los pacientes diabéticos" es manifiestamente mejorable, y el objetivo sería evitar el resultado "amputación de extremidades inferiores". A la vista de los resultados de Ferriz Villanueva et al¹, quizá lo que haga falta es que los pacientes dependan más de su médico de cabecera, y menos de los especialistas (en dicho estudio solo el 32% de la medicación anti-diabética era del propio médico de cabecera).

Véase contenido relacionado en

DOI:10.1016/j.aprim.2010.01.025

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Puntos clave

- El seguimiento de los diabéticos genera costes para cuya interpretación hay que tener en cuenta el proceso de atención y los resultados en salud.
- En España los indicadores del proceso (cifras de hemoglobina glucosilada) suelen ser buenos, pero la tasa de amputaciones de extremidad inferior casi duplica la media en los países desarrollados.
- Habría que revisar el conjunto de los “servicios a pacientes diabéticos” para dar mayor responsabilidad al médico general/de familia, en el sentido de atención al paciente con co-morbilidad, y habría que centrarse menos en el proceso y más en el resultado.

Es de esperar que los pacientes diabéticos sean pacientes con multimorbilidad, pues la condición de diabético es una constante en la vida a la que con frecuencia se añaden otros problemas, desde separación matrimonial a enfermedad de Parkinson pasando por artrosis coxofemoral, por ejemplo. La co-morbilidad es la norma en la vida de los pacientes⁵. Lo difícil no es atender al paciente diabético en su diabetes (eso lo hace bien hasta un especialista en endocrinología). Lo difícil es atender al paciente diabético en su complejidad, en el conjunto de problemas que le afectan a lo largo de su vida. En estos pacientes es donde se demuestra el impacto de la buena atención por un médico general/de familia⁶. Y es ahí donde probablemente no lo estamos haciendo bien.

En parte no lo hacemos bien por centrarnos en exceso en los “resultados intermedios”, como la cifra de hemoglo-

bina glucosilada. Así, en el trabajo de Ferriz Villanueva et al, el 59% de los pacientes tienen un “buen control”, con cifras por debajo del 7%. En la búsqueda de ese resultado en diabéticos tipo 2 se pierde mucha salud, como sabemos bien desde hace veinte años, y se confirma con ensayos clínicos varios, sobre todo cuando se emplean múltiples medicamentos para lograrlo⁷. No es cuestión del coste, que también, sino de salud.

Los diabéticos españoles merecen una atención de calidad sin amputaciones, pues otra cosa no es calidad propiamente dicha.

Bibliografía

1. Ferriz Villanueva G, Rojas Blanc M, Riera Nadal N, Riera Nadal C, Fernández Martínez FJ, Agrado Jodar A. ¿Qué gasto farmacológico genera un diabético bien controlado? Aten Primaria. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.01.025.
2. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. Gac Sanit. 2002;16:511–20.
3. Basanta Alario ML, Ampudia Blasco FJ, Ascama Gimilio JF, Carmen Rodríguez R. Estudio de los factores asociados con amputación en pacientes diabéticos con ulceración en pie. An Med Interna (Madrid). 2001;18:59–62.
4. Health care quality indicators. OECD Health Data. París: OECD; 2009.
5. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. Gac Sanit. 2006;20 Suppl 1:S182–191.
6. Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. Ann Fam Med. 2006;4:101–3.
7. Havas S. The ACCORD trial and control of blood glucose level in type 2 diabetes mellitus. Time to challenge conventional wisdom. Arch Intern Med. 2009;169:150–4.